CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 24

DES ABCÈS

DÉVELOPPÉS

DANS LE SINUS MAXILLAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Mai 1890

PAR

Paul SOLEVILLE

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne), le 17 septembre 1863

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

3, Place de la Mairie, 3

—

M DCCC LXXXX

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)		
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Opérations et appareils		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).		FORGUE.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des vieillards . . .	MM.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants.		BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HÉDON
VILLE	BOINET	LECERCLE
FORGUE	BROUSSE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBRUEIL (✻), *président.*
CHALOT, *professeur.*
TRUC, *agrégé.*
ESTOR, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

P. SOLEVILLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

A Monsieur le Professeur-Agrégé SARDA

P. SOLEVILLE.

A Monsieur le Docteur DARNIS

A MES MAITRES

A MES AMIS

P. SOLEVILLE.

INTRODUCTION

Le sujet dont nous entreprenons l'étude est de date relativement récente, puisque ce n'est guère qu'au siècle dernier que nous retrouvons des documents évidents sur les abcès du maxillaire supérieur. Ce n'est cependant qu'au cours du siècle actuel que, bénéficiant des méthodes d'observation plus rigoureuses et des données nouvelles fournies par l'anatomie pathologique, que la question est entrée dans une voie vraiment scientifique. On a pu coordonner les données éparses léguées par les chirurgiens du siècle dernier.

L'étiologie et particulièrement la pathogénie ont été bien mises en lumière, par des recherches récentes, par Broca et Magitot. Ce derniet surtout a montré combien les abcès dépendaient du système dentaire et combien leur mode de développement, dans ce cas, ressemblait à celui des kystes.

De nombreux ouvrages ont paru basés, sur ces données récentes ; Bousquet, Trémoureux, de Madec, ont donné un tableau complet de la maladie.

La question avait été aussi étudiée, à Montpellier, par Lombard, en 1804, et par Delpech, en ce qui concerne les kystes et leur pathogénie. Depuis, aucun travail n'avait été publié sur ce sujet.

Deux faits nouveaux que nous rapportons nous ont permis de choisir l'étude des abcès du sinus maxillaire comme objet de notre travail inaugural. Nous avons tâché de coordonner dans cette étude l'ensemble des données acquises par nos devanciers et celles que nous avons pu retenir de l'enseignement de nos maîtres.

Nous divisons notre travail ainsi qu'il suit :

I. — Historique de la question.
II. — Siège, étiologie, pathogénie.
III. — Symptômes et marche.
IV. — Diagnostic, terminaison et pronostic.
V. — Traitement.

Nous rattachons à chacune de ces parties les observations qui paraissent le mieux mettre en lumière les faits que nous avançons ; cet ordre nous paraît plus rationnel que de les masser dans un chapitre à part, où. malgré des renvois, on ne les retrouverait que difficilement.

Nous n'avons pas cru bon de faire un chapitre spécial d'anatomie ; l'anatomie du sinus maxillaire est chose trop connue de tous pour que nous ayons cru devoir particulière-

ment insister : nous rappelons les données anatomiques principales au fur et à mesure des besoins du sujet.

En terminant, nous remercions nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier et, en particulier, M. le professeur-agrégé Sarda, de l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous porter durant tout le temps de nos études. Nous prions M. le professeur Sarda d'agréer ce faible gage de notre gratitude pour toutes les marques de sympathie qu'il nous a prodiguées.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES ABCÈS

DÉVELOPPÉS

DANS LE SINUS MAXILLAIRE

HISTORIQUE

Les affections du sinus maxillaire étaient fort peu connues des anciens : ce n'est guère qu'après la description exacte et l'étude complète qu'Highmore fit de sa cavité (1651), que les médecins s'occupèrent d'élucider l'histoire des maladies de cette importante cavité.

Au commencement du XVIII[e] siècle, vers 1718, Meibomius fils (de Dresde) indique une méthode nouvelle de traitement des abcès. Trois ans après, Cooper (1721), dans l'Anthropologie nouvelle de Dracke, fait un véritable travail sur les abcès du sinus, en décrit quelques symptômes et indique aussi une nouvelle méthode thérapeutique. Ces maladies étaient à peine entrevues et déjà on proposait plusieurs manières de les traiter.

Saint-Yves donna, en 1722, le premier, une observation curieuse et complète, qui est reproduite *in extenso* dans la thèse

de Bousquet (1) et dans laquelle il s'agit d'un abcès du sinus maxillaire consécutif à un abcès développé sous le globe de l'œil.

Plus tard, Runge fils, dans une Thèse de 1850, montre par des observations, les relations qui existent entre les altérations des dents et l'apparition de la tumeur, sans toutefois chercher à donner une explication pathogénique. Puis vient Jourdain, qui, dans une série de travaux sur la question, étudie (1761 à 1778) d'une manière complète ces maladies et plus particulièrement les abcès du sinus. Il s'occupa surtout des symptômes et du traitement plus encore que de la pathogénie de ces affections, et il fut le premier à préconiser le cathétérisme de l'antre d'Highmore, condamné en termes très vifs par l'Académie royale de chirurgie, comme bien d'autres méthodes proposées par les auteurs déjà cités. Ce mode de traitement devait trouver plus tard, sinon des défenseurs, du moins des juges plus indulgents, dans les auteurs du *Compendium de chirurgie pratique*.

A la même époque (1771), Hunter, en Angleterre, reprenait la question en se plaçant à peu près au même point de vue.

A une époque plus rapprochée de nous, Lassus, en 1805, dans ses *Eléments de pathologie chirurgicale*, esquisse à grands traits les principaux symptômes de la lésion qui nous occupe ; il insiste surtout sur la nécessité d'une intervention chirurgicale active et sur la fréquente formation de trajets fistuleux lorsque cette intervention est tardive.

Delpech étudia les kystes des mâchoires en 1816 et entrevit le premier la véritable pathogénie en plaçant leur point de départ dans la pulpe dentaire ou dans son cordon vasculo-nerveux.

---

(1) Etude sur les abcès du sinus maxillaire. Thèse de Paris, 1876, numéro 67.

Bérard, dans le Dictionnaire en 30 volumes, les auteurs du *Compendium*, Vidal de Cassis, Boyer, consacrèrent aux abcès du sinus maxillaire de très intéressants articles, où l'on trouve déjà exposés la plupart des points de cette intéressante question.

Les auteurs du *Compendium* font ressortir les difficultés de diagnostic et les erreurs auxquelles cette affection peut donner lieu et s'élèvent avec raison contre la sévérité du jugement de l'Académie de Chirurgie relatif au traitement de Jourdain.

Les thèses de Dutil, Descamps (1804), Leclerc (1849), Lombard, de Montpellier (1836), renferment quelques observations se rapportant à ce sujet. Mais dans tous ces travaux, aussi bien que dans les thèses de Sardaillon (1844), de Giraldès (1851) les maladies du sinus maxillaire sont traitées dans leur ensemble, les abcès n'y entrent que pour un chapitre et il faut arriver jusqu'à la thèse inaugurale de Bousquet (1876) pour trouver le sujet spécialement traité tout au long.

L'article de Guyon dans le *Dictionnaire encyclopédique* avait précédé cette thèse, qui fut bientôt suivie de l'article de M. Périssot dans le *Dictionnaire de chirurgie et de médecine pratique*.

Broca et Magitot ont aussi attaché leur nom à l'étude des abcès du sinus maxillaire, et dans de nombreuses publications ont aidé à élucider beaucoup de points obscurs dans la pathogénie des kystes et des abcès.

La thèse de Trémoureux (1), en 1880, inspirée par Magitot, met bien en lumière la pathogénie de ces abcès et renferme de très intéressantes observations.

---

(1) Trémoureux. — Pathogénie des abcès du sinus maxillaire. Thèse de Paris, 1880.

De Madec (1) reprend l'étude de la question en 1881. Depuis cette époque, peu d'éléments nouveaux ont été ajoutés à la question : elle a fait cependant l'objet de quelques discussions à l'Académie de médecine de Berlin, en 1887, et au Congrès d'otologie de Bruxelles, en 1888.

---

(1) De Madec. — Des abcès du sinus maxillaire. Thèse de Paris, 1881.

SIÈGE, ETIOLOGIE, PATHOGÉNIE

Définissons tout d'abord ce qu'on entend par abcès du sinus maxillaire. Tous les auteurs sont d'accord pour faire abstraction complète de l'inflammation de la muqueuse proprement dite. Cette dernière n'est qu'une expansion de la muqueuse nasale, avec laquelle elle se continue sans interruption ; lorsqu'elle s'enflamme, elle donne lieu à un catarrhe, à un coryza.

On s'accorde à désigner sous le nom d'abcès du sinus maxillaire les collections purulentes développées dans cette cavité, soit qu'ils y aient pris naissance, soit que la suppuration les ait consécutivement envahis. On peut les diviser, au point de vue de leur siège primitif, en deux grandes classes :

1° *Abcès proprement dits*, se développant sous la muqueuse même du sinus, soit dans les follicules de cette muqueuse ;

2° *Abcès de voisinage*, se développant principalement sous le périoste d'une dent qui pénètre dans la cavité highmorienne.

C'est à cette dernière affection, désignée sous le nom de périostite alvéolo-dentaire, que sont dus le plus souvent les abcès de voisinage : ils sont les plus fréquents. D'après les recherches de Bousquet, cette affection existerait au moins 40 fois sur 50.

Magitot et Trémoureux voient aussi dans la périostite alvéolo-dentaire la cause de beaucoup la plus fréquente des abcès de l'antre d'Highmore.

De Madec donne la proportion de 6 sur 10 en faveur de l'origine dentaire.

En réunissant les divers faits publiés par ces divers auteurs, nous trouvons, sur 27 cas rapportés par eux :

Abcès de cause traumatique : 3 (1 par chute, 2 par suite de la présence de larves) ;

Abcès d'origine nasale : 2 ;

Abcès d'origine orbitaire : 1 ;

Abcès d'origine syphilitique par carie des parois du sinus maxillaire : 2 ;

Abcès d'origine dentaire : 18 ;

Abcès consécutif à kyste périostique du sinus maxillaire : 1.

Si à ces faits nous ajoutons les deux faits que nous rapportons et qui, tous deux, sont d'origine dentaire, nous trouvons 20 cas sur 29, c'est-à-dire les deux tiers des cas ; si l'on tient compte de la faible proportion dans laquelle chacune des autres causes, prise en soi, entre en ligne, on concevra aisément combien il est important, dans une affection suppurée du sinus maxillaire, de s'assurer de l'état de la dentition, afin de remonter à la cause probable du mal et de la supprimer.

Enfin, au point de vue de leur marche, ils sont aigus ou chroniques. Nous reviendrons là-dessus plus loin : on peut toutefois dire, d'une manière générale, qu'ils se développent souvent d'une façon aiguë, mais qu'après ils adoptent une marche chronique.

Les causes de cette affection sont multiples ; on peut cependant les classer sous trois chefs principaux :

1° Abcès de cause interne ou générale ;

2° Abcès consécutifs à des traumatismes ;

3° Abcès consécutifs à des lésions des parties environnantes.

1° Les causes internes sont peu importantes, rares, et leur influence n'est pas complètement démontrée. Il est évident que les fièvres éruptives, et particulièrement la variole, peuvent amener en ce point, comme dans les autres parties de l'économie, des lésions sous-muqueuses ou intra-muqueuses qui pourraient être le point de départ d'un abcès. Jourdain avance le

fait comme certain et Bousquet cite une observation de Bordenave.

2° Les lésions traumatiques, coups, blessures par instrument tranchant, par arme à feu, les fractures des parois du sinus, introduction de parties alimentaires, de morceaux de bois dans le sinus, peuvent amener le développement d'abcès (Pozzi, S. Duplay, Galenzowski).

L'introduction de larves ou d'œufs d'insectes dans le sinus (Bordenave), de poudre de tabac (Lombard, de Montpellier) produisent le même résultat

3° Quant aux lésions de voisinage, ce sont les causes éminemment productives des abcès du sinus maxillaire.

On comprend aisément qu'il en soit ainsi si l'on songe combien sont immédiats les rapports qu'affecte l'antre d'Highmore avec la plupart des cavités de la face : les fosses nasales, le canal nasal, les cavités orbitaires et buccale.

Le sinus communique librement avec les fosses nasales par un orifice particulier et constant, de sorte que la muqueuse nasale se continue avec celle du sinus, qui a, du reste, la même constitution anatomique.

Il n'est séparé du canal nasal que par sa paroi interne et de la cavité orbitaire que par sa paroi supérieure, qui forme en même temps le plancher de l'orbite. Ces deux parois sont des lames minces, papyriacées, ayant peu de vitalité naturelle ; aussi, sous l'influence de l'inflammation, se nécrosent-elles rapidement et livrent-elles un passage facile aux divers processus morbides qui se propagent aisément de l'une à l'autre des cavités.

Les rapports ne sont pas moins immédiats avec la cavité buccale par l'intermédiaire des alvéoles, dont un certain nombre, ceux des grosses molaires en particulier, s'ouvrent directement par leur fond dans la cavité. A l'état normal, l'orifice est bouché par les dents et par le périoste alvéolo-dentaire ;

c'est là une barrière infranchissable ; aussi, tant que la dent reste normale, ne voit-on guère les inflammations de la cavité buccale se propager au sinus ; mais celles-ci s'altèrent bien souvent et la carie dentaire, conséquence de cette altération, est bien souvent le point de départ de collections suppurées.

Nous insisterons particulièrement sur la pathogénie des abcès de cause dentaire, qui a été éclairée dans ces derniers temps d'un jour tout nouveau par les recherches de Magitot, et dont le rôle étiologique est d'ailleurs de beaucoup le plus important, ainsi que nous l'avons dit. Ces diverses raisons nous paraissent justifier complètement les détails dans lesquels nous allons entrer.

A l'état normal, la dent est recouverte par le périoste alvéolo-dentaire. C'est une membrane fibreuse simple interposée dans l'alvéole, entre le tissu osseux du maxillaire et la surface de la racine, recouverte, comme on sait, d'une couche spéciale de nature également osseuse, le cément.

Le périoste est intérieurement adhérent avec le cément et la surface de la racine : il est, au contraire, lâchement uni à la paroi osseuse de l'alvéole ; de telle sorte qu'il appartient en réalité à la dent elle-même, à laquelle il reste fixé quand on vient à extraire celle-ci. Cette disposition ne se rencontre, toutefois, qu'à l'état sain ; car, si le périoste est plus ou moins altéré, il perd aussitôt ses adhérences avec le cément, s'infecte, se ramollit et se déchire très facilement. Il résulte fréquemment de ces lésions, lorsqu'elles se renouvellent souvent ou lorsqu'elles passent à l'état chronique, que le cément, couche osseuse radiculaire, éprouve certains troubles qui peuvent entraîner sa nécrose et sa chute et même se propager à l'ivoire sous-jacent sous forme de résorption partielle.

Ceci dit, abordons l'étude pathogénique de cette variété. Une périostite alvéolo-dentaire survient, et par là nous entendons seulement celle qui frappe le périoste d'une dent qui corres-

pond avec la cavité du sinus, c'est-à-dire les quatre dernières molaires (il est évident, en effet, qu'une périostite de la canine ou de la première petite molaire n'entraîne que très rarement un abcès du sinus, car l'alvéole de ces dents est en général assez éloigné du sinus pour que le processus inflammatoire prenne une autre direction); une périostite, disons-nous, siège au sommet d'une des racines des quatre dents sus-nommées, que va-t-il se passer ? Comment va-t-elle se comporter ?

Il y a plusieurs points de vue à considérer.

La périostite sera aiguë ou chronique ; la racine de la dent, siège de la périostite, sera séparée du sinus par une lamelle osseuse, ou bien elle sera libre dans la cavité highmorienne.

La périostite est-elle chronique, il se formera fréquemment alors un kyste qui se développera dans le sinus même, et celui-ci, envahi par le kyste, s'effacera plus ou moins complètement ; il pourra même ne plus exister.

Pour que ce kyste se produise, il y a des conditions indispensables fort nettement indiquées par Magitot, dans les Archives de médecine.

Que pour une cause inflammatoire quelconque le périoste se soulève sur une certaine étendue et se sépare de la surface du cément sous-jacent, une quantité d'abord très faible de liquide se trouvera collectionnée au-dessous de la membrane et sécrétée par sa face profonde. Si cette collection liquide ne peut trouver d'issue au dehors, et pour cela il suffit que le canal dentaire soit oblitéré, trouvant la cavité du sinus entièrement libre, elle se développera dans son intérieur. Le début de ce kyste sera parfois très douloureux, à cause de la distension, de l'allongement du faisceau vasculo-nerveux qui pénètre dans le canal dentaire. Peu à peu, lentement, la sécrétion continue à se produire ; il arrive un moment où le faisceau vasculo-nerveux finit par se mortifier par l'effort progressif d'expansion de la poche. Aussitôt qu'il est détruit, la pulpe dentaire centrale,

privée de tout élément de nutrition, se gangrène, et la conséquence immédiate de cet accident est la coloration grise, bleuâtre ou noire de la totalité de la couronne.

Du côté du sinus, la paroi osseuse qui en forme le plancher, ainsi que le périoste dentaire, prennent une épaisseur bien plus considérable. Sous l'influence de la sécrétion, la collection augmente : c'est sous l'effort progressif d'expansion de la poche que le plancher du sinus se trouve continuellement et progressivement refoulé vers la cavité même. La même sécrétion se produisant toujours, il arrive un moment où les parois du kyste se trouvent en contact immédiat avec les parois mêmes de l'antre d'Highmore ; de telle sorte que la muqueuse qui tapisse l'intérieur de cette cavité se trouve adossée à elle-même ; le kyste, par suite, se trouve aux lieu et place du sinus.

Le liquide contenu dans la poche kystique est plus ou moins purulent ; la nature de ce liquide, en effet, est variable : il peut être séreux pendant toute l'évolution de la maladie, séro-purulent ou purulent ; toutefois sa constitution peut changer sur place et tantôt un liquide de séreux peut devenir purulent, tantôt de purulent au début devenir séreux ensuite. Déjà Broca (1) a indiqué ce second mode de transformation.

Tel est le mode d'évolution du kyste purulent ou kyste périostique, qui se développe dans l'intérieur du sinus, et, bien que cette formation du kyste n'entre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé, nous avons tenu cependant à en donner une description qui se rapproche beaucoup, en somme, de celle de l'abcès du sinus maxillaire. La différence consiste principalement dans la marche de l'inflammation.

Les théories microbiennes ont établi que la production du pus nécessite la présence d'un microbe pathogène et pyogène : une

---

(1) Broca, *Traité des tumeurs*, t. II, p. 121.

irritation pathologique quelconque ne saurait, par sa seule action, amener la formation du pus. Il n'en est pas moins vrai que, sous l'influence de l'irritation causée en ce point par le processus morbide, il y a là un terrain propice de culture et d'évolution favorable : qu'un élément infectieux, venu de l'extérieur ou même apporté par le courant sanguin, vienne en ce point, et il se développera en donnant naissance à une collection purulente.

Le liquide de séreux devient purulent, et, sous l'influence de la distension rapide causée par l'accumulation du pus, la poche, au lieu de rester intacte, finit par céder à brève échéance.

Le pus se forme dans une alvéole et le kyste purulent est séparé du sinus par une lamelle osseuse.

De deux choses l'une : ou bien la paroi osseuse peut se distendre assez promptement et sous l'influence de la force d'extension elle cède, et le pus est versé directement dans la cavité highmorienne ; ou bien le processus inflammatoire s'étend à la paroi osseuse, il se forme une ostéite et l'abcès ne tarde pas à se mortifier, à se nécroser ; peu à peu la destruction gagne en profondeur, toute la lamelle osseuse est bientôt détruite et, comme nous venons de le dire tout de suite, le pus trouve une issue, qui est le sinus ; il s'y accumule, l'abcès est formé.

Ce mécanisme sera encore plus simple, plus facile à saisir et l'abcès sera bien plutôt formé si la racine qui est affectée de périostite n'est séparée du sinus que par la lame osseuse ordinaire, si elle plonge directement dans l'intérieur même du sinus. Nous avons vu, en effet, que certaines racines de cette région, et spécialement celles de la première et de la deuxième grosse molaire, sont libres dans la cavité. Dans cette circonstance, le pus est sécrété immédiatement sous la muqueuse, l'abcès est plus promptement établi et les phénomènes inflammatoires sont bien moins accentués, la douleur est moins vive

et de plus courte durée. Ce n'est pas le cas le plus ordinaire, par la raison que les racines sont presque toujours séparées du sinus par une lamelle osseuse plus ou moins épaisse.

Lorsque l'abcès a pris un certain développement dans le sinus et qu'il finit par s'ouvrir, il y a subitement un écoulement purulent qui s'échappe par l'orifice de communication avec les fosses nasales : le malade, dans cette circonstance, en est aussitôt averti et par le pus qui s'échappe de la narine correspondant au côté malade et par l'odeur fétide, caractéristique, du pus accumulé dans une poche voisine des cavités aériennes.

Telle n'est pas cependant la seule manière dont se forme l'abcès du sinus maxillaire ; il est un autre mécanisme qui amène aussi sûrement, quoique plus rarement, la production d'un abcès. Survient une périostite chronique simple, une dent est cariée et est le siège d'un suintement : si, par une intervention intempestive on obture mal à propos la cavité de cette dent, le produit pathologique cesse de s'écouler par cette voie ; il y a rétention du liquide. Le périoste dentaire, continuellement imprégné par ce liquide, s'enflamme et se détruit : il est alors lui-même le siège d'un nouveau suintement, et, si la racine dentaire est en contact avec le sinus, la muqueuse de cette cavité s'enflamme à son tour : d'où formation d'abcès lent, progressif. La cavité du sinus est de plus en plus remplie par le pus, et deux ou trois jours avant la sortie de ce pus par l'orifice du sinus le malade est averti par un ozène qui le gêne profondément.

Il peut arriver, toutefois, que le pus ne s'écoule pas de suite par les fosses nasales : le processus inflammatoire s'étend de la muqueuse du sinus à la pituitaire ; celle-ci se gonfle et, comme l'orifice de l'antre d'Highmore est relativement très étroit, il peut arriver que la muqueuse qui tapisse et en borde le contour vienne, par suite de gonflement inflammatoire, à s'adosser à elle-même, à obturer ainsi complètement ce

conduit et par là même à retenir le pus dans la cavité du sinus pendant un temps plus ou moins long.

Cette rétention ne peut durer continuellement ; la paroi interne du sinus, de beaucoup la plus fragile et la moins épaisse, devient le siège d'un travail ulcératif et finit par céder dans un point ou dans un autre ; le plus souvent, il est vrai, l'orifice normal redevient libre et permet l'écoulement du pus ; mais il arrive parfois que la paroi a cédé sur un autre point, et ce point existe d'ordinaire vers la partie moyenne de la paroi interne.

C'est ce point qui a été signalé comme deuxième orifice de communication entre le sinus et les fosses nasales ; mais, il faut bien le dire, il n'existe pas normalement, et c'est sous l'empire de l'inflammation de la muqueuse du sinus qu'il parvient à se former. Giraldès a établi qu'il existe une fois sur dix ou douze.

Il peut se faire, par exception heureusement, que si la paroi interne résiste, le pus tendra à se frayer une voie d'un autre côté : il se produira alors des perforations sur d'autres points de la surface du sinus.

Nous verrons ainsi se former des fistules géniennes et, fait encore plus grave, des communications entre le sinus et la cavité orbitaire, ou bien encore avec la cavité crânienne et la formation consécutive d'abcès du cerveau. (Observation IX). Enfin le pus peut fuser dans la partie sphéno--maxillaire, ptérigo-maxillaire et de là s'étendre dans diverses directions et amener des désordres irréparables. (Observation de M. Tédenat.)

OBSERVATION PREMIÈRE

(Personnelle)

Abcès du sinus consécutif à une carie dentaire. — Nécrose consécutive de plusieurs points de la cavité. — Drainage. — Amélioration rapide.

La nommée Louise R.... entre à l'hôpital Saint-Eloi-Suburbain, salle E-2, n° 3, service de M le professeur Dubrueil, pour un abcès de la cavité du sinus maxillaire supérieur. 28 novembre 1889.

Antécédents héréditaires à peu près nuls ; le père paraît avoir été rhumatisant. Personnellement elle a toujours joui d'une bonne santé : elle n'était sujette ni aux abcès ni aux furoncles.

Elle est âgée de 58 ans.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté, il y a environ un an et demi, par une sensation de tension et de gêne dans la joue droite ; il y avait aussi des douleurs lancinantes s'irradiant vers l'œil et le nez et une sensation de chaleur de ce côté de la face.

Il n'y avait pas de tuméfaction apparente, mais souvent un peu de rougeur.

Au bout de quelque temps, elle remarqua un écoulement purulent par la narine correspondante qui se produisait surtout la nuit et lorsqu'elle dormait du côté opposé ; voyant les phénomènes persister, les douleurs et la gène s'exagérant avec la durée de la maladie, elle se décida à aller trouver un médecin, qui pratiqua l'avulsion d'une dent cariée qui branlait déjà, la première grosse molaire : aussitôt il se fit par cette ouverture, car la racine dentaire plongeait dans l'antre d'Highmore,

un écoulement abondant d'un pus épais, d'odeur fétide, et la malade se sentit soulagée. Mais depuis la suppuration persiste ; l'écoulement se fait alternativement par l'orifice nasal ou par l'ouverture dentaire (beaucoup plus fréquemment et d'une manière plus continue par cette dernière) ; mais il n'y a pas d'amélioration véritable et la maladie se prolonge, causant une gêne considérable plutôt que de véritables douleurs : la suppuration continue et l'odeur infecte, surtout le matin, l'incommodent énormément, elle et son entourage.

Ne voyant pas d'amélioration survenir, elle se décide à entrer à l'hôpital. Au moment de son entrée on ne voit pas de tumeur apparente du côté malade, seulement une légère rougeur ; pas d'exophtalmie, ni de gonflement ; on perçoit une odeur forte et repoussante exhalée par la bouche.

En examinant la cavité buccale on ne voit pas de déformation de la voûte palatine, on aperçoit un pertuis assez étroit occupant la place de la première grosse molaire et admettant difficilement la pulpe du doigt ; par cet orifice s'écoule un peu de pus et la malade nous dit que le matin au réveil le pus est plus abondant que dans le reste de la journée : le pus s'écoule aussi quelquefois par le nez, mais plus rarement qu'autrefois. — Dentition mauvaise.

Il y a peu de phénomènes subjectifs : pas de douleur, quelquefois seulement des élancements ; ce qui domine, c'est la sensation de gêne et de pesanteur, jamais de douleurs névralgiques.

On introduit facilement par l'orifice dentaire un stylet avec lequel on peut faire aisément l'exploration de la cavité du sinus ; on remarque qu'en certains points, notamment sur la paroi postérieure, l'os est mis à nu et on a la sensation de l'os nécrosé.

Après quelques jours d'expectation, M. le professeur Dubrueil décide d'intervenir : 1° pour favoriser l'écoulement d'un pus

dont la stagnation et l'altération sur place amenaient l'odeur repoussante de la malade ;

2° Dans le but de laver à grande eau cette cavité, modifier la muqueuse et faciliter si possible l'élimination des sequestres déjà existants.

Le 6 novembre, on pratique le drainage de la cavité maxillaire de la façon suivante : A l'aide d'un trocart courbe, M. le professeur Dubrueil pratique sur la paroi externe de la fosse nasale droite, au niveau du méat moyen, une large ouverture, puis il continue à faire glisser le trocart dans la cavité jusqu'à l'orifice dentaire. Le trocart est poussé jusqu'au travers de l'orifice. Cela fait, on retire le mandrin, laissant la gaine en place, et l'on se sert de celle-ci comme conducteur pour mettre en place un large tube à drainage : on enlève ensuite la gaine du trocart et on lie les deux extrémités nasale et buccale du tube en anse au devant de la face de la malade.

On pratique alors des lavages avec de l'eau boriquée dans la cavité, lavages qui entraînèrent une quantité considérable de pus dont l'odeur était telle, que la salle en était remplie et qu'il était fort difficile de séjourner auprès de la patiente pendant les manœuvres.

Après des lavages abondants et réitérés, la cavité fut assainie et l'odeur disparut à peu près.

Le lendemain et les jours suivants, on répéta les mêmes lavages abondants et antiseptiques, et la mauvaise odeur, qui reparaissait les cinq ou six jours qui suivirent l'intervention, disparut à peu près définitivement ; cependant, la suppuration persistait, car les lavages entraînaient toujours des flocons de pus.

L'exploration réitérée des faces du sinus montrait la présence de parties dénudées, nécrosées, qui agissaient comme autant d'épines entretenant le mal. Restait à attendre patiemment leur élimination en continuant le traitement entrepris

et qui avait donné jusqu'alors de si bons résultats : d'une part, diminution de la suppuration ; d'autre part, écoulement facile du pus et cessation complète de toute altération de ce pus. On se demandait même si on ne pourrait pas agir plus directement sur le sequestre pour amener une guérison plus rapide. Mais la femme, satisfaite du résultat déjà obtenu, et ne pouvant supporter plus longtemps le séjour de l'hôpital, refusa de se soumettre davantage au traitement. Elle quitta la salle le 23 décembre 1889, notablement améliorée, comme on a pu le voir, mais non guérie.

Nous ne saurions dire ce qui est advenu de notre malade ; nous n'avons plus eu de ses nouvelles depuis lors.

OBSERVATION II

(Thèse de Madec, 1881)

Abcès du sinus maxillaire droit ouvert à la joue, datant de 1873. — Trépanation du sinus. — Drainage. — Guérison (?)

M... (Lucien), 34 ans, entre le 11 avril, salle Saint-Landry, lit n° 15, service de M. Richet.

Antécédents. — Ce malade a eu, vers 1873, une série d'abcès qui tous ont été ouverts au niveau de la gencive du côté droit.

La deuxième molaire de ce côté a été également enlevée à cette époque. Il y a 3 ans environ, un nouvel abcès se montra dans la même région.

Au mois de juillet dernier, il eut une énorme fluxion à la joue droite, très douloureuse, qui donna naissance à un abcès;

celui-ci fut ouvert à la joue le quatrième jour, à l'hôpital Saint-Antoine, et suppura depuis.

Le malade se présente le 8 avril à l'Hôtel-Dieu, avec une tumeur dans le sillon gingivo-labial supérieur, du volume d'une grosse noix. Elle occupe toute la fosse canine et s'arrête en bas à 5 ou 6 millimètres de l'alvéole. En dedans, elle se confond avec l'os, auquel elle paraît appartenir.

Les parties molles de la joue glissent facilement dessus, la muqueuse est normale, un peu rouge. La pression à la pulpe de l'index amène une légère dépression, et, à certains moments, on perçoit le bruit de parchemin.

Cette pression amène une légère douleur dans les dents placées au-dessous de la tumeur.

Légère saillie du côté atteint, où le sillon génio-labial est effacé. Rien du côté de l'œil, ni de la fosse nasale qui n'est pas rétrécie ; la pression ne fait sortir ni pus, ni sérosité. La voûte palatine n'est nullement déformée, et, au toucher, le sinus maxillaire ne paraît pas notablement augmenté de volume.

Le système dentaire est défectueux, dents cariées, chicots. Le chirurgien porte le diagnostic de kyste périostique dentaire, et fait l'ablation avec la langue de carpe des racines de deux petites molaires ; l'issue d'un liquide brun-rougeâtre suit cette avulsion ; l'on agrandit, pour la faciliter, la perforation d'une des alvéoles; on perfore la paroi externe et on fait passer l'anse d'un tube en caoutchouc par cet orifice et le trou alvéolaire. Un stylet introduit ne montre pas de paroi dénudée.

Injections répétées d'eau alcoolisée ; le liquide qui en sort, a une odeur très désagréable, qui persiste quelques jours, plus marquée le matin. En moins d'une semaine, l'écoulement avait beaucoup diminué et était moins odorant.

Le 30 avril, on retire le tube.

Le kyste ne s'est pas reproduit. Depuis ce temps, on s'est borné à faire, trois ou quatre fois par semaine, de petites injec-

tions alcoolisées par la fistule alvéolaire, qui reçoit à peine (28 octobre) un petit stylet de trousse.

Le matin, quand le malade expire fortement, il en sort encore un liquide jaunâtre, mêlé parfois d'un peu de sang.

La difformité de la face a disparu ; et, dans le sillon gingivo-labial, on ne voit plus qu'une saillie de la muqueuse, au-dessous de laquelle on sonde une petite exostose.

OBSERVATION III

(Thèse de Trémoureux, 1880. — Communiquée par M. Magitot)

Carie pénétrante avec suintement de la dent de sagesse supérieure gauche. — Obturation complète de la cavité sans traitement. — Développement lent et progressif d'un abcès périostique. — Progression de celui-ci dans le sinus. — Catarrhe du sinus pendant cinq mois. — Chute de l'oblitération. — Cessation immédiate des accidents.

M. X..., 28 ans, dentition assez délicate, nombreuses dents cariées. La dent de sagesse supérieure gauche, vers le milieu de 1875, avait été obturée, sans traitement préalable, pour une vaste carie qu'elle présentait depuis longtemps. Cette dent n'avaît amené aucun accident à aucune époque.

Immédiatement après l'obturation, des douleurs apparurent avec gonflement de la joue : le malade attribua ces accidents à la première molaire également cariée et il la fit enlever sans aucun résultat. Les douleurs et le gonflement persistaient. Six mois après l'obturation de la dent, il se produisit par la narine correspondante un écoulement précédé, pendant quelques jours, d'une odeur infecte rappelant le poisson pourri : l'écoulement était purulent, crémeux, épais, continu pendant 6 semaines sans modification.

A cette époque, le malade alla trouver Magitot, qui diagnostiqua un abcès du sinus et proposa la ponction. L'opération fut ajournée et, pendant ce temps, l'obturation de la dent de sagesse tomba. Aussitôt les douleurs et le gonflement disparurent : le pus s'écoula facilement par cette voie nouvelle.

OBSERVATION IV

(Thèse de Trémoureux)

Carie non pénétrante sans suintement de la deuxième grosse molaire supérieure gauche. — Périostite et formation de l'abcès du sinus. — Extraction incomplète de la dent. — Communication entre la bouche et le sinus. — Cessation des phénomènes. — Guérison.

M. X..., étudiant en médecine, 26 ans ; depuis la première dentition souffre des dents molaires cariées.

Périostite quelques jours avant à la deuxième grosse molaire, très douloureuse pendant 3 jours ; puis la douleur cessa. Le lendemain, il s'aperçut d'une mauvaise odeur qui venait de la narine gauche : il remarqua, en outre, que la matière mouchée venait en plus grande quantité par la narine gauche que par la droite. En même temps, douleur sourde à la région molaire correspondante s'irradiant par moments vers l'œil, qui est plus sensible à la lumière.

On enlève les racines de la deuxième molaire dont la couronne avait disparu : écoulement de pus odorant et abondant, mais l'orifice se ferme le lendemain et le malade ne sent plus rien. Le catarrhe nasal s'amende.

OBSERVATION V

(Thèse de Trémoureux)

Carie de plusieurs dents à la mâchoire supérieure. — Ostéo-périostite du bord alvéolaire. — Abcès. — Perforation du sinus. — Drain en caoutchouc. Amélioration. — Oblitération du trou de communication entre la bouche et le sinus. — Nouvelle collection purulente. — Nouvelle perforation et amélioration. — Destruction du tube d'étain. — Oblitération. — Opération. — Drain en or. — Mieux sensible. — Etat amélioré, mais non guérison complète.

M. X..., 26 ans ; mauvaise dentition depuis l'adolescence.

En février 1874, douleurs sourdes à l'intersection de l'incisive et de la canine, dont l'une est cariée et découronnée, l'autre obturée : les douleurs devinrent aiguës et violentes et il y eut un gonflement considérable avec fièvre. La souffrance était grande et augmentée par le passage de l'air par la narine correspondante et par la bouche.

A la fin de ce mois, trois semaines après le début des accidents, écoulement crémeux par la narine gauche, ayant l'odeur du pus : soulagement.

Il y eut aussi quelques abcès gingivaux.

Depuis, le nez fut constamment humide et le malade mouchait du pus. Cet état dura pendant deux ou trois mois, au bout desquels il se décida à se faire arracher l'incisive cariée. Ecoulement de pus ; mais comme on ne mit pas de drain, l'alvéole se ferma.

Le suintement nasal reprit et le malade le conserva quelques années, avec une odeur très forte qu'il modifiait par des injections nasales astringentes.

En 1876, X... se fait de nouveau traiter par Magitot, qui établit qu'il y a eu une ostéo-périostite du maxillaire supérieur

localisée vers la paroi inférieure du sinus, où aboutissait la racine de l'incisive latérale.

Cette ostéo-périostite s'accompagna d'un abcès qui s'ouvrit dans le sinus et donna lieu à l'écoulement de pus qui se fit par le nez.

L'orifice du sinus dans les fosses nasales, n'étant pas dans le point le plus déclive, ne pouvait être complètement évacué, vu la persistance de l'affection.

Le chirurgien fait une ponction au trocart de la paroi dentaire : il met un tube à demeure et fait des lavages : le liquide sort par le nez. En quelques jours, amélioration notable ; le nez devient sec, le pus rare et clair, mais ne tarit pas tout à fait.

Le 6 mars, on met à la place du tube de caoutchouc un tube en étain : le malade le supporte très bien et se fait les lavages lui-même.

En avril, le tube se bouche ; sensation de tension dans le sinus ; écoulement purulent par la narine gauche ; le drain est retiré, mais le lendemain on ne peut plus le remettre, l'orifice est fermé.

Nouvelle ponction ; on remet un nouveau tube.

Le même accident se reproduit en décembre : on fait une troisième ponction et on place un tube en or.

Le malade continue à se soigner : le liquide est peu abondant, séro-sanguin, sans odeur, mais impossible d'arriver à la guérison complète ; de plus, tous les mois, il y a des poussées congestives : l'écoulement ne se fait plus ; il y a de la douleur, l'odeur reparaît ; puis en cinq ou six jours tout se termine par l'écoulement abondant de liquide muco-purulent par le tube buccal.

OBSERVATION VI

Abcès du sinus maxillaire. — Suite de coryza ; destruction de la paroi postérieure du sinus maxillaire. — Mort. — (Arch. génér. de méd., année 1830, pag. 339, extrait de Brobactungen und Bermerkungen, etc. Van Bœneck ; Hamburg, 1829.) (Rapportée par Bousquet.)

Une femme, âgée de 66 ans, qui avait toujours été bien portante, abstraction faite de quelques légères affections rhumatismales qui se terminaient habituellement par un coryza, fut affectée de gonflement à la joue gauche, accompagné de douleurs déchirantes et d'une forte fièvre ; les symptômes augmentaient pendant sept semaines, durant lesquelles on employa, en vain, des sachets, des vésicatoires, des diaphorétiques et l'arrachement de trois dents à la mâchoire inférieure du côté douloureux.

Le 11 février 1820, on consulta M. Bœneck ; celui-ci trouva la joue gauche enflée; la paroi antérieure du sinus maxillaire formait une saillie conique, était très amincie, et on sentait de la fluctuation ; dans cet endroit, la peau était rouge tandis que dans les autres parties de la tumeur, elle était blanche, luisante et tendue. De la narine gauche ainsi que d'entre les deuxième, troisième et quatrième molaires supérieures gauches, s'écoulait une sanie fétide ; les trois dents, quoique saines, étaient vacillantes. Le globe de l'œil faisait légèrement saillie hors de l'orbite ; le corps était amaigri par la fièvre hectique qui tous les soirs se fait sentir.

M. Bœneck, après avoir arraché les trois dents vacillantes, pénétra facilement avec un stylet d'argent dans le sinus maxillaire, à travers les alvéoles, et donna issue à beaucoup de sanie, dont il favorisa l'écoulement par des injections d'eau

tiède ; il trouva alors la paroi antérieure du sinus extrêmement amincie, surtout à l'endroit où elle formait saillie. M. Bœneck prescrivit une décoction de quinquina avec de l'acide phosphorique à prendre à l'intérieur ; de fréquentes injections furent faites avec des liqueurs aromatiques auxquelles on ajoutait de la solution de myrrhe et de l'acide phosphorique ; plus tard avec la décoction de quinquina et de la teinture de myrrhe.

On introduisait dans le sinus des bourdonnets enduits alternativement d'onguent mercuriel rouge et d'un liniment préparé avec le charbon. On recommanda la plus grande propreté et l'usage d'un régime fortifiant ; le tout en vain. La fièvre et le marasme augmentèrent, ainsi que l'exophtalmie ; la saillie du sinus maxillaire se transforma en une ouverture ; des douleurs de tête atroces s'y joignirent, ainsi que l'absence complète de sommeil, l'inflammation et la suppuration de l'œil.

Enfin, la mort arriva, précédée pendant trois jours d'un état comateux. On ne permit pas l'ouverture du cadavre ; mais un stylet introduit dans le sinus maxillaire fit voir que ses parois étaient détruites, et pénétrait sans résistance dans la cavité du crâne d'où s'écoulait de la sanie le long du stylet.

SYMPTOMES ET MARCHE

Les symptômes qui traduisent l'existence d'un abcès du sinus maxillaire supérieur sont assez nombreux : les uns locaux fonctionnels, les autres physiques ; d'autres, mais plus rares, se traduisent par des phénomènes généraux.

Disons un mot rapide de ceux-ci en raison de leur peu de fréquence. Comme les autres affections inflammatoires, ces abcès peuvent avoir un retentissement sur l'économie tout entière. La fièvre peut être assez intense, et elle peut s'accompagner de tout un cortège de phénomènes, frissons, nausées, vomissements, parfois même délire. De ces lésions, évidemment, on ne peut rien conclure pour le diagnostic de la maladie, mais bien pour la gravité d'un cas donné.

Bien plus graves, et surtout bien plus importants pour le diagnostic et le traitement de la maladie, sont les symptômes locaux.

Et d'abord, au point de vue fonctionnel, nous trouvons la douleur : parmi les manifestations morbides consécutives aux abcès du sinus, elle est une des plus constantes. Cette douleur revêt souvent un caractère particulier qui en fait un signe d'assez haute valeur. Dès le début, elle est en général vive et pongitive, quelquefois térébrante : le malade se plaint de sentir des douleurs intolérables qui le privent de sommeil.

Dans d'autres cas elle est plus supportable (Observation première) et de beaucoup inférieure à celle que nous venons d'esquisser.

A ces deux formes de la douleur semblent correspondre deux évolutions différentes du processus : en effet, en interrogeant

les malades, on trouve que la douleur subaiguë dure depuis longtemps. Dans le premier cas, au bout de peu de temps, le pus est collecté, l'abcès a une marche aiguë ; dans le second, ce résultat n'est atteint qu'au bout d'un temps fort long.

La douleur n'est pas localisée sur un point fixe. Elle s'étend généralement à la joue du côté malade : le patient éprouve une sensation de plénitude et de tension plus ou moins violente, rappellant parfois celle des abcès qui se forment dans le tissu osseux.

Les organes adjacents à la cavité du sinus sont aussi le siège de douleurs, que celles-ci soient spontanées ou irradiées.

Les dents attirent, les premières, l'attention du malade et du chirurgien. Cette douleur est assez analogue à la névralgie dentaire pour que l'on puisse confondre et pour que le diagnostic puisse s'égarer.

Ce symptôme dentaire, déjà indiqué par Jourdain, se reconnaît rapidement par la pression du doigt sur le point malade.

Il n'est pas étonnant que la douleur ressemble à celle de la névralgie dentaire, car elle résulte de la compression des filets terminaux du dentaire supérieur, qui rampent sur la paroi antérieure de l'antre d'Highmore : cette compression résulte elle-même de ce que l'inflammation productrice de l'abcès s'est propagée à la paroi même de la cavité.

Il en est de même souvent pour le sous-orbitaire ; l'inflammation repousse la paroi inférieure du canal dans lequel passe le nerf et en amène la compression : de là des douleurs intolérables qui donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic et peuvent en imposer pour une névralgie faciale : sous l'influence de ces altérations nerveuses, il se produit quelques phénomènes réflexes du côté de l'œil, qui est rouge et injecté, de telle sorte que l'on a un tableau complet des névralgies trifaciales, et en l'absence de tout autre symptôme l'erreur est fatale. C'est ce qui s'est produit, au début, dans un cas observé par M. le

professeur Tédenat et que nous relaterons plus loin (voir Observation VII). Il en est de même dans une observation de Bousquet.

Enfin, la douleur peut même s'irradier dans le front et le cuir chevelu.

En opposition avec les cas très nombreux dans lesquels la douleur est le fait dominant, on trouve un certain nombre de faits dans lesquels elle n'existait pas. C'est là un fait rare mais digne de remarque, et dont il est bon de connaître la possibilité. Il en était ainsi dans un cas rapporté par Trousseau, dans ses Cliniques, et Spencer Watsan, cité par de Madec, rapporte plusieurs exemples analogues.

Le gonflement de la joue accompagne souvent la douleur, et c'est là un signe précieux qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Ce gonflement, en effet, a quelque chose de spécial ; les parties sont tendues, mais il n'y a rien de comparable à la tension produite par un phlegmon ; c'est une sorte d'empâtement plutôt qu'une inflammation franche. C'est un aspect spécial qu' on reconnaîtra à la vue et au toucher, lorsque déjà on l'aura constaté, mais qu'il est difficile de faire comprendre par une description.

A la pression, la paroi osseuse est résistante quand elle est hypertrophiée ; dans d'autres cas, elle cède, et on sent la crépitation parcheminée à une période plus avancée ; un point de la tumeur peut devenir mou et fluctuant ; l'abcès alors se fait jour au dehors.

L'inflammation, se propageant à la loge postérieure de la cavité orbitaire, peut donner naissance à un phlegmon de cette loge, et l'on connaît la gravité de cette lésion. (Observations VII et VIII.) Ce sont là de fâcheuses mais exceptionnelles complications.

Le pus peut aussi envahir les fentes ptérigo-maxillaires et

sphéno-maxillaires et déterminer des phlegmons profonds. (Observation VI.)

Le pus est collecté, et à ce moment les phénomènes généraux s'amendent, la fièvre tombe, la douleur se calme. Comment va-t-il manifester sa présence au dehors ?

Dans les cas les plus fréquents, le malade, faisant effort pour se moucher, voit, tout à coup, et d'ordinaire avec un étonnement mêlé de crainte, du pus se répandre dans son mouchoir. C'est d'abord son odeur, des plus désagréables, sa couleur particulière ; il est épais, crémeux, d'un brun chocolat. Cette fétidité gêne considérablement le malade, car cet écoulement se produit non seulement au moment où il se mouche, mais encore lorsque, dans un mouvement quelconque, le patient incline la tête du côté opposé ; le sinus se vide dans le méat moyen et de là dans l'arrière-bouche.

Cet écoulement fétide est le signe vraiment pathognomonique de la lésion, dès qu'il existe; le diagnostic est certain et à lui seul, il suffit pour l'établir.

Malheureusement il n'existe pas toujours ; il peut se faire que la paroi de l'abcès, qui est le périoste de la muqueuse ou un follicule, ne cède pas. Il peut aussi arriver que, la paroi ayant cédé, l'orifice de communication du sinus avec les fosses nasales, très étroit, comme on le sait, à l'état physiologique, soit obstrué par le gonflement de la muqueuse.

Enfin, sous l'influence d'une cause inflammatoire simple ou spécifique, une lamelle osseuse, appartenant aux cornets ou au maxillaire, se nécrose, devient mobile et s'applique contre l'orifice de communication et l'obstrue.

La conséquence de cette occlusion est, en général, une ostéite des parois du sinus, les os augmentent de volume, il en résulte une déformation de la face du côté malade, une légère exophtalmie et une saillie de la voûte palatine s'étendant seulement au côté affecté.

Dans quelques cas, moins fréquents qu'on ne l'a dit, la paroi osseuse cède à la pression causée par l'accumulation du pus ; il y a un gonflement général de la région, qui fait songer à une fluxion ; au fur et à mesure de la distension, les parois s'amincissent et on constate à la pression la crépitation parcheminée dont nous avons déjà parlé. Elle n'a rien de caractéristique pour le diagnostic des abcès ; elle indique seulement la présence d'une tumeur solide ou liquide dans l'intérieur de l'antre d'Highmore.

Dans d'autres cas, les parois se nécrosent et livrent passage au pus dans diverses directions, comme nous en rapportons un certain nombre d'exemples.

En résumé, nous n'avons qu'un seul signe pathognomonique des abcès du sinus maxillaire, c'est l'écoulement purulent par les narines.

Quant aux autres signes, ils n'ont tous qu'une valeur relative; c'est par leur accumulation, par les anamnestiques, l'histoire et la marche de la maladie que l'on peut éviter des erreurs de diagnostic, dont les conséquences peuvent malheureusement être très fâcheuses pour le malade.

La douleur, l'état de la dentition, celui des parties voisines et leur examen fourniront souvent de précieuses indications, dont il est bon de tenir grand compte.

OBSERVATION VII

Abcès du sinus simulant une névralgie pendant longtemps. — Rupture de la paroi du sinus. — Fusées purulentes du côté des parties profondes. — Mort .

Nous avons souvent entendu M. le professeur Tédenat raconter le fait suivant, analogue à l'observation de Bousquet, et éminemment instructif :

Une dame d'un âge moyen souffrait depuis longtemps de douleurs névralgiques rebelles à tout traitement ; en vain avait-on employé le sulfate de quinine et tous les moyens jugés aptes à combattre le mal, la situation restait toujours fort pénible pour la malade.

Enfin, apparut une tuméfaction à la joue qui fit penser à la possibilité d'une affection chirurgicale, et M. le professeur Tédenat fut appelé.

A ce moment, on nota une tuméfaction à la partie antérieure de la joue, paraissant faire corps avec l'abcès ; en même temps, la malade mouchait du pus par la narine du côté atteint ; on diagnostiqua un abcès du sinus, et on fit une ouverture à la paroi antérieure du sinus, qui donna issue à une grande quantité de pus très odorant.

Malheureusement, il était déjà trop tard ; le pus avait perforé la paroi postérieure, envahi les parties profondes, et déterminé des fusées purulentes extra-cavitaires, que l'on put constater avec le stylet ; la fièvre se déclara, et la malade ne tarda pas à succomber avec des phénomènes septicémiques consécutifs à un abcès des parties profondes.

OBSERVATION VIII

Cas d'amaurose par la carie d'une dent. — Observation de M. le docteur Galenzowski, professeur-adjoint à l'Université de Wilna

F. P., 30 ans, bonne constitution, rhumatisant, ressentit tout à coup, en l'automne 1825, une douleur très forte partant de la fosse temporale gauche, s'étendant à l'œil et à la face du même côté, et qui fut attribuée à un refroidissement subit. Cette douleur, assez aiguë, persista plusieurs jours, puis

diminua et reparut de temps à autre. Mais deux mois plus tard, elle acquit une intensité telle, en occupant particulièrement l'œil, que cet organe semblait au patient être sur le point de sortir de son orbite. Alors apparut une amaurose qui persista malgré les soins ; seulement, les douleurs cessèrent d'être continuelles et, en affectant une sorte de périodicité, laissèrent quelques heures de calme dans le courant de la journée.

Cet état se prolongea pendant six mois ; les douleurs reprirent alors avec une nouvelle force ; la joue se tuméfia, et, dans la nuit, un écoulement de quelques cuillerées de matière sanguinolente eut lieu par la paupière inférieure, après quoi, la joue revint à son état normal et la douleur diminua tellement, qu'elle fut à peine ressentie dans la région temporale ; cependant, la cécité resta complète.

Trois semaines plus tard, l'écoulement reparut et se réitéra de la même manière pendant environ six mois, durant lesquels le mal fut à peu près supportable.

Dans l'hiver de 1826, les douleurs de l'œil devinrent si violentes, que le malade se décida à se le faire enlever.

Galenzowski vit le malade à ce moment.

Amaurose complète, pupille dilatée ; pas de modification des paupières ni du globe ; pas de tuméfaction à la face.

Le malade n'endurait pas de douleurs aussi violentes qu'à l'ordinaire, mais éprouvait par instants de violents picotements à la tempe et à la région sus-orbitaire ; il montrait aussi un oreiller couvert de taches rouge pâle produites par l'écoulement purulent de la paupière inférieure.

Galenzowski fixe particulièrement son attention sur cette issue de matière purulente et ne peut s'en rendre compte qu'en admettant qu'il venait du sinus maxillaire dans lequel il s'était accumulé ; après quoi, il s'était frayé une issue à travers la paroi supérieure de cette cavité, dans le point même où se trouve le canal sous-orbitaire. Il pense, en outre, que la

cécité pourrait dépendre de l'action irritante du pus ou des bords inégaux de la portion perforée, et peut-être cariée de l'os, sur les nerfs de la vision ; et, comme d'un autre côté, il savait que la suppuration de l'antre d'Highmore reconnaît souvent pour cause une carie dentaire, il s'informa s'il n'y avait pas de dent gâtée et si le mal n'avait pas débuté par des douleurs de dent.

La première molaire gauche, en effet, se cariait depuis longtemps, mais il en avait peu souffert. Malgré cela l'avulsion fut décidée, ne fût-ce que pour ouvrir une voie au pus. La dent arrachée, on trouva à l'extrémité de la racine un corps irrégulier blanc jaunâtre, qui n'était autre chose qu'une esquille de bois de 3 lignes de longueur.

Une quantité de pus s'écoula par l'orifice, et après quelques lavages continués pendant neuf jours, la guérison se fit et la vision reparut à l'œil amaurotique.

OBSERVATION IX

(Publiée par Foucher)

Inflammation du sinus maxillaire. — Suppuration et ophtalmie. — Abcès du cerveau. — Mort

Zoé D..., âgée de 38 ans, est entrée, le 28 décembre 1855, à la Charité, salle Sainte-Anne, 28, pour affection du sinus maxillaire. Cette maladie, dont le début remonte à deux ans, s'est annoncée par une tuméfaction légère, avec rougeur de la peau et douleur de la joue du côté gauche. Le gonflement s'étendit bientôt à toute la gencive, et fut suivi de la perte de toutes les dents molaires de ce côté.

Jusqu'alors, la malade s'était bien portée, et elle était seulement sujette à des céphalalgies fréquentes, qui devinrent plus vives à partir du moment où elle commença à souffrir de la mâchoire. Cependant, la tuméfaction augmenta insensiblement, et la douleur devint plus intense. Aucun traitement ne fut suivi ; ce ne fut qu'en novembre que la malade alla à Paris et bientôt une autre tumeur, dont le début s'accompagna d'une fièvre intense, se manifesta au cou, du côté gauche. C'est alors, que, souffrant de plus en plus, elle se décida à entrer à l'hôpital (fin décembre 1855).

Cette malade a la joue gauche sensiblement tuméfiée. La peau de la région est rouge et chaude. La pression détermine une douleur très vive et permet de déprimer la tumeur, qui paraît reposer sur une lame flexible et revenir sur elle-même. En se rapprochant du nez, on trouve une surface dure ; mais à ce point la paroi osseuse crie en craquant.

La tumeur du cou est rouge et siège évidemment dans les ganglions. A cet état local se joint une réaction fébrile forte ; la malade est dans l'abattement.

M. Guérin, chirurgien de service, fait une incision à la gencive au-dessus de la première grosse molaire, il sort un liquide séro-muqueux ; un stylet introduit dans le sinus montre que la partie supérieure de la cavité est dénudée. Le gonflement ne diminue pas, malgré l'écoulement du liquide et les injections de vin aromatique. Le pus devient sanieux ; la fièvre continue ; la malade n'entend plus de l'oreille gauche.

Le 15 janvier, la tumeur du cou, devenue fluctuante, est ouverte et la plaie ne se cicatrise pas, malgré des injections de teinture d'iode.

1er février.— Trouble digestif ; le ventre se ballonne ; l'abattement et la fièvre augmentent, subdélire. La plaie suppure toujours, et la cavité du sinus fournit un pus sanieux et abondant.

Légère amélioration du 12 au 28 février, qui ne se maintient pas ; du 1er au 18 mars, la malade s'affaiblit de plus en plus, le pouls devient plus fréquent, l'appétit est nul, l'abattement extrême.

8 mars. — Les paupières présentent un léger gonflement et, le lendemain, il y a une forte exophtalmie ; l'œil est déjeté en bas et en dehors. Les paupières rouges, tendues, œdématiées, la conjonctive boursoufflée, toute la circonférence de la cornée, qui disparaît au fond d'une dépression circulaire, et le fond de l'orbite sont le siège de douleurs pulsatiles qui s'irradient au front et à la tempe. La vision n'est pas perdue, mais tous les objets paraissent doubles.

15. — La peau des paupières présente çà et là quelques points gangrénés et la cécité est complète.

16. — Incision à la paupière supérieure au-dessus de l'angle interne de l'œil : il sort du sang et du pus. Un stylet introduit par l'incision pénètre jusque dans le sinus ; la cornée est terne et affaissée.

Le 17 et le 18, nouvelles tentatives infructueuses pour rencontrer un abcès dans la cavité orbitaire ; l'exophtalmie est de plus en plus prononcée. Il est probable que le pus produit dans l'orbite tombe immédiatement dans le sinus.

Cependant, la nuit du 18 mars, la malade est prise de diarrhée, de sueurs abondantes, de fièvre intense, et les jours suivants il survint un coma profond avec insensibilité complète.

La malade meurt le 22 mars, dans la matinée.

A l'autopsie, on trouve la paroi antérieure du sinus détruite dans sa portion externe et remplacée par une membrane pyogénique épaisse et résistante.

A la partie interne, il y a seulement quelques esquilles. L'apophyse montante et le rebord alvéolaire sont intacts.

La muqueuse du sinus est détruite, et, au milieu de sa cavité, on trouve un large séquestre formé de la lame osseuse, qui

sépare le sinus de l'orbite et de la lame verticale de l'os palatin. La paroi postérieure du sinus est intacte.

La voûte palatine est en partie détruite et recouverte par une membrane pyogénique qui tapisse aussi la paroi interne, de manière à obturer l'orifice normal du sinus, et la perte de substance au niveau du méat inférieur.

Le globe oculaire est fortement déjeté au dehors : les paupières sont sphacélées et infiltrées à leur partie externe. Le tissu cellulaire de l'orbite et les muscles sont réduits en une bouillie noirâtre et fétide. Les milieux de l'œil sont intacts ; le nerf optique est ramolli et noirâtre. La paroi inférieure de l'orbite est détachée et flotte dans le sinus ; la paroi interne est également dénudée et perforée en plusieurs points.

Le pus a fusé au travers de ces ouvertures et des trous sphénoïdaux, puis, pénétrant par les gouttières de la lame criblée, il a gagné la face supérieure du corps du sphénoïde en se creusant un chemin entre les os et la dure-mère. Cette membrane est décollée dans une grande étendue et détruite en certains points, et la base du cerveau présente de nombreuses altérations. Un abcès occupe tout le lobe antérieur gauche et a amené la destruction des nerfs optiques et olfactifs. La suppuration est moins étendue dans le lobe antérieur droit. Les lobes postérieurs sont intacts. Rien dans le ventricule ; le cervelet est sain.

OBSERVATION X

Abcès du sinus maxillaire ouvert à la partie médiane de la paupière inférieure. (Saint-Yves. *Traité des maladies des yeux*, chap. III, pag. 80, 1742.) Rapportée par Bousquet.

J'ai traité, il y a quinze ans environ, un garçon de Versailles qui vint à Paris après avoir eu un abcès sous le globe de l'œil, dont la matière s'était fait jour par une ouverture au milieu de la paupière inférieure. Je reconnus, en introduisant ma sonde par cette ouverture, que le séjour du pus dans le globe de l'œil avait carié l'os qui fait partie de la paroi inférieure de l'orbite. Le pus coulait dans le sinus de l'os maxillaire et ressortait par le nez. Comme cette route était un peu difficile, et que le pus pouvait séjourner dans le fond de ce sinus et le carier, je lui fis arracher une des molaires dont la racine monte parfois jusqu'à ce sinus. Je seringuai ensuite soir et matin, par l'ouverture supérieure, une décoction d'aristoloche de gentiane et de myrrhe. La liqueur tombait du sinus dans la bouche par l'ouverture de la dent. Ce malade guérit de sa fistule, au bout de deux mois, par ces remèdes.

OBSERVATION XI

Abcès du sinus maxillaire pris au début pour une névralgie sous-orbitaire. (Thèse de Bousquet, 1876)

Le docteur X... vient, le 14 mai, à la clinique du professeur Broca. Il se plaint de souffrir, depuis quelques jours, d'une atroce névralgie sous-orbitaire du côté gauche, dont les dou-

leurs l'empêchent de dormir. Pour calmer un peu ses souffrances, il demande qu'on lui fasse une injection sous-cutanée dans la région du maxillaire supérieur. L'injection, faite au point d'émergence du nerf maxillaire supérieur, ne procure qu'un calme passager et les douleurs reprennent aussi vives.

Je revis le malade, quatre jours après, le 18 mars. Il m'annonce que ses douleurs ont presque entièrement cessé depuis deux jours et que leur cause déterminante avait été non pas une névralgie, mais bien un abcès de la cavité highmorienne du côté gauche. En effet, me dit-il, depuis deux jours, il s'écoule par la narine gauche un pus fétide et verdâtre. L'abcès s'est donc ouvert spontanément dans la fosse nasale. L'écoulement de pus continua pendant quelques jours, puis il disparut sans aucune intervention chirurgicale.

L'abcès qui avait entraîné ces diverses lésions reconnaissait pour origine un des mécanismes que nous avons indiqués dans le cours de ce travail. Le docteur X. souffrait depuis quelques jours d'une dent profondément cariée ; une obturation intempestive de la cavité malade avait amené tous ces troubles.

OBSERVATION XII

France Médicale, 31 mai 1876. — Abcès du sinus maxillaire. — Troubles oculaires et phlegmon de l'orbite. — Guérison. — (Par Bide, interne des Hôpitaux). — Rapportée dans la thèse de de Madec, 1881.

Joseph S., 52 ans, écuyer, entre le 16 mars 1876 à l'hôpital Beaujon dans le service de M. le professeur Lefort. Deux jours avant son entrée, le malade fut pris brusquement d'une violente douleur névralgique dans la joue gauche. Cette douleur, qu'il attribuait à un coup d'air, avait pour point de départ les deux premières molaires supérieures du côté gauche.

Le même jour il éprouva des douleurs dans le fond de l'œil et remarqua que le globe oculaire devenait rouge. Le 16 mars, jour de son entrée, l'attention est tout d'abord attirée sur le globe oculaire. Les paupières entr'ouvertes sont œdémateuses, violacées et laissent voir une conjonctive légèrement injectée mais extrêmement œdématiée. En effet, tout autour de la cornée et principalement en dehors existe un bourrelet analogue à de la gelée de pomme, de couleur ambrée.

La cornée n'est point dépolie, la pupille un peu dilatée est immobile, mais le globe de l'œil est en totalité repoussé en avant, en sorte qu'il paraît beaucoup plus volumineux que du côté opposé.

Il existe donc une exophtalmie considérable. Depuis, le malade craint la lumière et porte continuellement la main devant son œil.

Il accuse également des douleurs dans le fond de l'orbite, des douleurs périorbitaires et dans la région zygomato-maxillaire.

On applique des sangsues ; sept jours après les douleurs se calment et le malade, en se mouchant, rend un peu de pus épais et fétide.

On pense alors à un abcès du sinus maxillaire, et comme la première grosse molaire du côté gauche, point de départ des douleurs du début, est cariée, on en fait l'extraction. A partir de l'extraction de cette dent, les névralgies et les symptômes inflammatoires du côté de l'orbite vont en décroissant.

L'œdème conjonctival disparaît, l'œil rentre peu à peu dans la cavité orbitaire.

Le malade continue à moucher du pus pendant quelques jours; aussi songe-t-on à lui faire la trépanation du sinus par l'alvéole de la première molaire.

Il s'y refuse, ce qui ne l'empêche pas de sortir complètement guéri, sans reste d'exophtalmie, trois semaines plus tard.

DIAGNOSTIC. — TERMINAISON. — PRONOSTIC

Ainsi qu'on a pu déjà le pressentir d'après l'exposé des symptômes et la marche irrégulière de la maladie, le diagnostic des abcès du sinus est souvent entouré de grandes difficultés; nous ne voulons pas insister sur les nombreuses erreurs auxquelles il a donné lieu, et cela de la part même de maîtres compétents à tous égards. La maladie se présente souvent sous des formes frustes pour ainsi dire, par un symptôme particulier, et l'on comprend que l'erreur puisse se produire jusqu'au jour où l'abcès se traduit par une manifestation extérieure.

Tantôt c'est une douleur violente qui fait croire à une névralgie, et pour peu que le sujet soit nerveux, rhumatisant, paludéen, on tend rationnellement à mettre la douleur sur le compte de ces diverses diathèses ; tantôt, c'est une tuméfaction sans autre phénomène concomitant, qui fait croire à une tumeur maligne du maxillaire, comme dans un fait rapporté par Broca, et l'on enlève le maxillaire.

Nous ne reproduisons cet exemple que pour montrer combien est difficile, dans certains cas, le diagnostic de l'affection qui nous occupe, et combien il importe de mettre en lumière tous les éléments qui peuvent contribuer à l'établir.

Dans les premiers temps de la maladie, la question est à peu près insoluble : on peut soupçonner la cause du mal, mais on ne peut l'assurer, car le kyste purulent, à son début, n'a pas envahi le sinus, et c'est plutôt par les lésions de voisinage que l'on peut arriver à soupçonner la possibilité de la lésion.

Dans ce cas on peut explorer la cavité soit par les fosses nasales (Jourdain), soit par la paroi antérieure (Desault).

La maladie se traduit au bout d'un certain temps par des signes physiques : tuméfaction de la région du sinus, un point ramolli fluctuant sur une des parois du sinus, un écoulement de pus par un orifice naturel ou une fistule : il importe alors d'établir un diagnostic différentiel avec les nombreuses affections du sinus ou même des organes environnants.

S'agit-il de reconnaître la cause de la tuméfaction ? Il y a le plus souvent de la douleur qui pourrait faire croire à une névralgie dentaire, sous-orbitaire, trifaciale. Dans ce cas la douleur est limitée, plus vive sur certains points aux points d'élection. Dans les abcès du sinus, elle est généralisée à toute la joue avec irradiations secondaires ; la pression sur la joue augmente la douleur, elle est diffuse ; de plus, elle s'accompagne parfois de réaction fébrile, de petits frissons qu'on n'observe pas dans les névralgies.

Mais la tuméfaction est uniformément dure, il y a peu ou pas de douleur, ce qui arrive quelquefois ; n'est-on pas en droit de penser à une tumeur solide du sinus ou de ses parois : cancer, fibrome, polype fibreux, ostéo-sarcome, exostose, odontome ? L'évolution particulière de ces diverses tumeurs, rapide pour le carcinome et pour le sarcome, s'étend vite aux ganglions ; pour les autres tumeurs l'évolution est très lente : le polype fibreux est presque toujours l'extension d'un polype des fosses nasales et l'examen de ces dernières permet d'établir le point de départ et la nature de la maladie.

Pour les exostoses, ce sont le plus souvent des odontomes ou des tumeurs éburnées décrites par Dolbeau. Pour les odontomes l'examen, de la bouche fournit des renseignements précieux ; les tumeurs, en effet, sont toujours accompagnées de l'absence d'une ou plusieurs dents, et le développement de la tumeur est antérieur à l'époque où l'éruption des dents s'est faite du côté opposé.

Il est un cas cependant où le diagnostic devient des plus épi-

neux. C'est lorsque l'odontome s'est développé aux dépens d'un bulbe surnuméraire ; seul alors, le développement de la tumeur pourra donner quelques indices. Il faut dire qu'heureusement ces sortes de tumeurs sont de véritables raretés chirurgicales et que dans la pratique on a peu à compter avec elles. Il importait cependant de les signaler.

Les tumeurs éburnées sont aussi très rares et ne peuvent être distinguées que par les accidents qu'elles entraînent ou par l'exploration directe.

Nous pourrions ajouter que dans tous ces cas la tuméfaction est généralement inégale, plus accentuée sur une face que sur les autres et même irrégulière pour une même surface.

On peut aussi se trouver en présence de tumeurs liquides, hydropisies du sinus, kystes muqueux, kystes dentaires ; dans ces cas-là, l'exploration et la ponction aspiratrice peuvent seules lever les doutes.

Enfin pour la distinction dans l'ensemble des tumeurs liquides et solides on a donné un signe qui peut avoir une certaine valeur lorsque la paroi antérieure est amincie par le travail morbide.

On perçoit par le toucher une crépitation parcheminée sous laquelle on pourra sentir la fluctuation dans le cas de tumeur liquide, une résistance dans le cas de tumeur solide.

Y a-t-il un point ramolli ou fluctuant sur une partie du sinus, c'est encore aux anamnestiques qu'il faut recourir pour différencier les abcès des hydropisies, kystes, épanchements sanguins (très rares) ; le développement lent, indolore, apyrétique, peut faire pencher le diagnostic en faveur de ces diverses affections, mais la ponction exploratrice et l'examen du liquide évacué peuvent seuls l'assurer.

On reconnaîtra aisément l'abcès alvéolaire, son évolution rapide, douloureuse, la tumeur limitée et superficielle ne permettant pas le plus souvent de douter.

Enfin, dernière hypothèse, l'antre d'Highmore communique librement au dehors par son orifice naturel ou par une fistule.

L'exploration au stylet, les conditions dans lesquelles se produit l'écoulement du pus, permettent d'affirmer le siège de l'affection dont la nature sera indiquée par celle du liquide écoulé.

Dans quelques cas, l'examen rhinoscopique pourra aider au diagnostic en permettant de voir dans le méat moyen quelques gouttelettes de pus, qui sans cela auraient passé inaperçues, et ce signe acquerra beaucoup plus de valeur si l'on constate qu'après une violente expiration du malade, après qu'il s'est mouché, ou qu'il a incliné la tête, la quantité de pus augmente.

La clinique est donc en possession de signes qui, dans la très grande majorité des cas, permettent d'affirmer sûrement le diagnostic ; mais il ne suffit pas d'avoir constaté un abcès du sinus, il faut en rechercher la cause, faire le diagnostic étiologique.

Le malade a-t-il été soumis à un traumatisme et y a-t-il eu introduction possible de corps étrangers dans le sinus, comme dans l'observation de Galenzowski que nous avons rapportée ?

Si elle est possible, l'exploration avec le stylet ne devra pas être négligée. Elle permettra de découvrir le corps offensant s'il y en a un, de constater la dénudation, la nécrose d'un point de la paroi osseuse, la présence d'une tumeur (polypes, fongosités, exostoses) qui parfois coïncident avec l'abcès du sinus.

Mais avant tout, ainsi que nous l'avons déjà montré dans un chapitre précédent, il faut penser au système dentaire ; car il est presque toujours la cause des suppurations du sinus. Existe-t-il des dents cariées ? Le malade a-t-il souffert des dents et si, en apparence, elles sont saines, ne sont-elles pas douloureuses à la pression, au choc du stylet ?

Enfin lorsque les dents paraissent enlevées, examiner s'il ne

reste pas une racine profonde, oubliée, et qui joue le rôle d'agent morbide.

Généralement, les abcès du sinus maxillaire se terminent par la guérison; néanmoins, cette règle est loin d'être absolue, puisque nous avons vu, dans certains cas, la mort survenir, (observations VI et VIII) ; dans d'autres, la guérison ne pas se faire, quels que fussent les moyens employés (observation IX) ; enfin, d'autres fois, l'amélioration définitive ne se faire qu'après des complications diverses.

Nous avons vu que le pus s'écoulait librement par les fosses nasales ou bien s'accumulait dans la cavité par obstruction de l'orifice du sinus.

Dans le premier cas, si le pus s'écoule avec facilité après un certain temps, l'écoulement diminue, puis disparaît et le malade guérit entièrement.

Mais c'est là l'exception, et il est bon de ne pas y compter ; on s'exposerait trop souvent à de graves mécomptes.

Le plus souvent, l'écoulement purulent se prolonge, s'éternise et nécessite une intervention chirurgicale. Cela, du reste, résulte de la configuration de l'antre d'Highmore, dont l'orifice est plus élevé que le fond, de sorte qu'une partie du pus stagne toujours dans la partie inférieure et entretient la suppuration.

Il peut aussi se produire des lésions secondaires qui, à leur tour, vont amener de nouveaux désordres, nécroses, fistules, etc..., dont la guérison est presque toujours très longue à obtenir.

Il reste donc établi que l'abcès du sinus maxillaire peut, dans certains cas, se terminer heureusement ; mais il faut bien savoir aussi que, si l'on n'intervient pas, il amènera fréquemment des complications très désagréables et quelquefois des accidents graves.

En raison de ces complications, qui peuvent survenir quoi

qu'on fasse, il faut réserver le pronostic. Car nous avons rapporté plus haut un certain nombre de cas de mort, et d'autres dans lesquels les accidents s'amendèrent après avoir présenté de la gravité.

Si nous reprenons les 29 cas que nous avons déjà étudiés au point de vue de l'étiologie, nous arriverons à ce résultat :

Sur 29 cas, 15 se sont terminés par une guérison complète et rapide, variant entre vingt-deux jours et deux mois ;

5 dans lesquels la guérison s'est faite lentement, mais d'une manière définitive, dans un espace de temps de cinq mois à dix-huit mois ;

4, où l'on n'a noté que de l'amélioration ;

4 cas de mort ;

1 cas dont le résultat n'est pas noté.

TRAITEMENT

La première indication dans les cas d'abcès du sinus maxillaire est de donner une issue au pus. C'est, du reste, le but que se sont proposé tous les chirurgiens ; mais les méthodes adoptées pour le réaliser sont nombreuses : dès les premiers temps de la chirurgie, pour le traitement des collections purulentes de la cavité du maxillaire supérieur on trouve à peu près autant de méthodes que de chirurgiens ; quelques-unes même furent l'objet de vives controverses, le cathétérisme des voies lacrymales de Jourdain par exemple ; condamné par l'Académie de chirurgie, puis réhabilité par les auteurs du Compendium.

L'avulsion des dents, le procédé le plus rationnel puisque le fond de l'alvéole représente le point le plus déclive de la cavité highmorienne, fut pratiquée dès 1718 par Meibomius. Cooper limite à la première molaire l'avulsion nécessaire et perfore le fond de l'alvéole pour faire communiquer le sinus avec l'extérieur.

Lamorier (de Montpellier) et Desault perforent la paroi antérieure du sinus entre la racine des dents et le cul-de-sac de la muqueuse génienne.

Nous ne voulons pas insister outre mesure sur ces détails ; de nos jours les mêmes discussions continuent, ce qui montre leur peu d'importance. La question du traitement a été reprise dans ces derniers temps à la Société de médecine de Berlin en 1887 et au Congrès d'otologie de Bruxelles en septembre 1888. Les chirurgiens préconisent, les uns avulsion des dents, les autres la trépanation du méat inférieur, d'autres

encore le procédé Jourdain ; ne nous attardons pas à ces discussions dont le côté pratique ne nous semble pas évident.

Le procédé employé par notre maître, M. le professeur Dubrueil, nous paraît à la fois et le plus rationnel et d'une application facile.

On pratique l'avulsion de la première ou de la deuxième molaire, ou bien encore de la dent malade, dans le cas où toute autre dent serait la cause de l'abcès et l'on donne issue au pus. On trépane le méat inférieur et, faisant passer à l'aide d'un trocart courbe ou d'une sonde un drain d'une ouverture à l'autre, on établit ainsi un écoulement facile pour le pus en même temps qu'on pratique aisément de larges lavages antiseptiques de la cavité.

Grâce à ce mode de traitement, le pus perd rapidement sa mauvaise odeur, diminue de quantité et finit par tarir complètement.

Ce traitement a en outre l'avantage, lorsqu'il existe des fistules, de permettre leur fermeture rapide, le pus trouvant une issue rapide au dehors.

Nous terminerons en disant un mot du traitement général, dont l'importance est cependant bien moindre. Il peut aussi se faire qu'il soit nécessaire d'y recourir particulièrement lorsque l'abcès est d'origine syphilitique ou tuberculeuse. Le traitement général reconstituant s'impose encore dans les cas de suppuration prolongée ou chez les malades anémiés et débiles.

CONCLUSIONS

En résumé, les abcès du sinus maxillaire constituent une affection douloureuse et d'une évolution souvent longue, quelquefois même interminable.

Ils sont le plus souvent consécutifs à des altérations du système dentaire, ainsi que l'ont démontré Broca et Magitot ; cependant d'autres causes peuvent intervenir et les produire : les traumatismes extérieurs, les causes générales, les diathèses ; mais l'immense majorité des abcès reviennent à la première de ces causes.

Leur symptomatologie est bien établie ; cependant dans quelques cas, que l'on pourrait appeler frustes, le diagnostic est souvent délicat et difficile, et il importe que l'on soit bien averti de leur possibilité.

Le pronostic n'est pas grave, en ce qui concerne l'existence, bien que nous ayons relaté un certain nombre de cas de mort : la mort est entraînée par des lésions secondaires (fusées purulentes dans les organes voisins, dans le cerveau, etc).

Mais il n'en est pas de même en ce qui concerne la guérison de l'affection : il arrive souvent que, quoi qu'on fasse, on ne parvient jamais à tarir la source du pus : la suppuration est alors le plus souvent entretenue par des sequestres qui ne s'éliminent que lentement.

Quant au traitement, il doit être surtout chirurgical ; néanmoins il est souvent utile de faire subir au malade un traitement général en rapport avec la cause de l'affection.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 3 mai 1890.
Le Recteur,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 2 mai 1890.
Le Doyen :
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !